

# НАШИ ПРЕПОДАВАТЕЛИ



**Маখনина  
Галина Михайловна,**  
врач аллерголог-иммунолог,  
Московский областной  
консультативно-  
диагностический центр для  
детей.



**Наседкин  
Алексей Николаевич,**  
д.м.н., проф., кафедры  
оториноларингологии ФУВ  
ГБУЗ МО «МОНИКИ  
им. М.Ф. Владимирского».



**Мескина Елена Руслановна,**  
д.м.н., зав. детским  
инфекционным отделением  
по разделу «Наука»  
ГБУЗ МО «МОНИКИ  
им.М.Ф.Владимирского»,  
главный внештатный детский  
инфекционист МЗ МО.



**Юнусов Аднан Султанович,**  
д.м.н., проф., зам.  
директора по детству НКЦ  
оториноларингологии ФМБА  
России.



**Поляков Дмитрий Петрович,**  
к.м.н., заведующий детским  
оториноларингологическим  
отделением  
НКЦ оториноларингологии  
ФМБА России.



**Ивойлов Алексей Юрьевич,**  
д.м.н., проф., руководитель  
отдела ЛОР патологии  
детского возраста ГБУЗ НИКИ  
оториноларингологии  
им. Л.И. Свержевского ДЗ  
г. Москвы.



**Архангельская  
Ирина Ивановна,**  
к.м.н., с.н.с. отдела ЛОР  
патологии детского  
возраста ГБУЗ НИКИ  
оториноларингологии  
им. Л.И. Свержевского ДЗ  
г. Москвы.

**Зябкин Илья Владимирович,**  
к.м.н., первый заместитель  
главного врача по  
медицинской части ФГБУ  
“Российская детская  
клиническая больница”  
МЗ РФ.



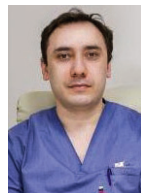
**Егоров Виктор Иванович,**  
д.м.н., проф., зав. клиникой  
оториноларингологии  
ГБУЗ МО «МОНИКИ им.  
М.Ф.Владимирского»,  
главный внештатный  
оториноларинголог МЗ МО.



**Герасименко  
Наталья Витальевна,**  
врач-оториноларинголог  
ГБУЗ МО «МОНИКИ им.  
М.Ф.Владимирского».



**Мустафаев  
Дживаншир Мамедович,**  
к.м.н., старший научный  
сотрудник отделения  
оториноларингологии  
ГБУЗ МО «МОНИКИ им.  
М.Ф.Владимирского».



**Пряников  
Павел Дмитриевич,**  
к.м.н., врач-оториноларинго-  
лог, научный сотрудник отдела  
опухолей головы-шеи  
и реконструктивно-пластиче-  
ской хирургии ФГБУ «ННПЦ  
ДГОИ им.Д.Рогачева».



**Шубин Дмитрий Игоревич,**  
врач-оториноларинголог КДО  
ФГБУ «ННПЦ ДГОИ  
им. Дмитрия Рогачева».



**Кириченко Ирина Михайловна,**  
д.м.н., профессор ФГБУ НКЦ  
оториноларингологии  
ФМБА России.



В рамках курса повышения квалификации врачей, факультет усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского совместно с Министерством здравоохранения Московской области проводят научно-образовательную школу «Актуальные вопросы в детской оториноларингологии», состоящую из двух курсов:

1-й образовательный курс «Актуальные вопросы физиологии и патологии ЛОР-органов у детей раннего возраста и школьников младших классов» прошел 5 апреля 2017 г. в аудитории 9-го корпуса ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского;

2-й образовательный курс «Актуальные вопросы сопряжения заболеваний уха, горла и носа с патологией внутренних органов и систем организма у детей раннего и подросткового возраста» пройдет 7 сентября 2017 г. в аудитории 9-го корпуса ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

К участию в работе школы приглашаются: оториноларингологи, педиатры, врачи общей практики, детские хирурги, иммунологи, пульмонологи, аллергологи, эндоскописты, рентгенологи и физиотерапевты.

**Школа прошла аккредитацию в Совете НМО, а слушатели школы получают кодированные сертификаты (9 баллов).**

Организаторы: Министерство здравоохранения Московской области, Факультет усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, кафедра оториноларингологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Единственным эксклюзивным техническим организатором школы выступает Негосударственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Учебный центр «Эдиком» (лицензия А № 299 Рег. Номер 024627 от 17.09.2008 г.).

Модераторы: д.м.н. профессор Егоров В.И., д.м.н. профессор Наседкин А.Н.

Программный комитет: д.м.н. профессор Егоров В.И., д.м.н. профессор Наседкин А.Н., д.м.н. профессор Самбулов В.И., к.м.н. Мустафаев Д.М.

Организационный комитет: д.м.н. профессор Егоров В.И., д.м.н. профессор Наседкин А.Н., д.м.н. профессор Самбулов В.И., к.м.н. Мустафаев Д.М.

**Учебное мероприятие (УМ): Второй образовательный курс научно-практического образовательного проекта «Актуальные вопросы в детской оториноларингологии».**

**Тема курса: «Актуальные вопросы сопряжения заболеваний уха, горла и носа, с патологией внутренних органов и систем организма у детей раннего и подросткового возраста».**

**Дата и время проведения УМ: 7 сентября 2017 года с 9.30 до 15.00. Регистрация с 9.00 до 9.30**

**Место проведения: г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, конференц-зал ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского**

**Организаторы УМ:** Министерство здравоохранения Московской области (МЗ МО), ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Технический организатор и провайдер мероприятия НОУ ДПО «Учебный центр «Эдиком»

*К участию в работе УМ приглашаются специалисты: оториноларингологи, педиатры, врачи общей практики, детские хирурги, иммунологи, пульмонологи, аллергологи, эндоскописты, рентгенологи и физиотерапевты.*

**Руководитель программного комитета УМ:** д.м.н. Егоров Виктор Иванович – заслуженный врач России, руководитель отделения оториноларингологии заведующий кафедрой оториноларингологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф. Владимирского, главный внештатный специалист оториноларинголог МЗ МО

**Контактное лицо в Программном комитете УМ:** д.м.н. профессор Наседкин Алексей Николаевич – профессор кафедры оториноларингологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (nasedkin46@yandex.ru)

<b>09.00-09.30</b>	<b>Регистрация участников 2-го образовательного курса. Кофе-брейк</b>
<b>09.30-09.35</b>	<b>Официальное открытие. Приветственное слово.</b> Солдатова Ирина Геннадьевна, заместитель министра здравоохранения МО, д.м.н, профессор кафедры неонатологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова.
<b>09.35-10.05</b>	<b>«Часто болеющий ребенок. Тактика и стратегия врача-педиатра».</b> Лектор Махонина Г. М. –врач аллерголог-иммунолог Московского областного консультативно-диагностического центра для детей.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

<b>10.05-10.10</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>10.10-10.35</b>	<b>«Аденоиды. Что делать?»</b> Лектор <b>Наседкин А.Н.</b> , д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии ФУВ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского».
<b>10:35-10:40</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>10.40-11.00</b>	<b>«Аллергический ринит и другие ассоциированные с ним аллергии верхних дыхательных путей»</b> Лектор <b>Юнусов А.С.</b> , д.м.н., профессор, зам. директора НКЦ оториноларингологии ФМБА РФ.
<b>11.00-11:05</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>11.05-11.30</b>	<b>«Острый тонзиллит у детей с позиции врача-инфекциониста».</b> Лектор <b>Мескина Е.Р.</b> , д.м.н., профессор, зав. детским инфекционным отделением по разделу «Наука» ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главный внештатный детский инфекционист МЗ МО.
<b>11.30-11.35</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>11:35-11.55</b>	<b>«Медикаментозная терапия наружного и среднего отитов»,</b> Лектор <b>Кириченко И.М.</b> , д.м.н., профессор ФГБУ НКЦ оториноларингологии ФМБА России
<b>11.55-12.00</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>12.00-12.20</b>	<b>«Гнойно-воспалительные заболевания шеи у детей»</b> Лектор <b>Мустафаев Д.М.</b> , к.м.н., старший научный сотрудник ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.
<b>12.20-12.25</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>12.25-12.45</b>	<b>«Алгоритм диагностики синдрома обструктивного апноэ сна у детей с патологией лимфоглоточного кольца».</b> Лектор <b>Ивойлов А.Ю.</b> , д.м.н., профессор, руководитель отдела ЛОР патологии детского возраста ГБУЗ НИКИ оториноларингологии им. Л.И. Свержевского ДЗ г. Москвы.
<b>12.45-12.50</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>12.50-13.10</b>	<b>«Отогенные внутричерепные осложнения у детей».</b> Лектор <b>Егоров В.И.</b> , д.м.н. зав. кафедрой оториноларингологии факультета усовершенствования врачей, руководитель отделения оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф. Владимирского, главный внештатный специалист оториноларинголог МЗ МО.

<b>13.10-13.05</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>13.05-13.35</b>	<p><b>«Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения у детей».</b>  <b>Лектор Зябкин И.В.,</b> к.м.н., первый заместитель главного врача по медицинской части ФГБУ «Российская детская клиническая больница» МЗ РФ.</p>
<b>13.35-13.40</b>	<b>Дискуссия</b>
<b>13.40-14.00</b>	<p><b>«Алгоритм ведения пациентов с рубцовыми стенозами гортани и трахеи».</b>  <b>Лектор Пряников П.Д.,</b> к.м.н., врач-оториноларинголог, научный сотрудник отдела опухолей головы-шеи и реконструктивно-пластической хирургии ФГБУ «ННПЦ ДГОИ им.Д.Рогачева».</p>
<b>14.00-14:30</b>	<p><b>Подведение итогов Учебного мероприятия</b>  <b>Тестирование</b>  <b>Выдача сертификатов</b></p>

# 1 ЧАСТО БОЛЕЮЩИЙ РЕБЕНОК. ТАКТИКА И СТРАТЕГИЯ ВРАЧА-ПЕДИАТРА.

**Махонина Г.М.**

Часто болеющие дети – это не конкретный диагноз, а термин под которым традиционно понимается группа детей с частыми респираторными инфекциями. У детей этой группы по разным причинам повышена восприимчивость к респираторным инфекциям. Сегодня за рубежом и в России считается, что особое внимание необходимо уделять детям с частотой ОРЗ более 8 эпизодов в год.

По разным данным часто болеющие дети (ЧБД) составляют от 20 до 65% детской популяции. Среди ЧБД значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречаются и тяжелее протекают бронхиальная астма, аллергический ринит, выше частота ревматизма, гломерулонефрита и ряда других заболеваний. В подростковом возрасте дети склонны к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сосудистым дистониям, у них легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся.

Анализ причин, провоцирующих повышенную заболеваемость у детей, позволяет сформировать группы значимых факторов. С одной стороны это медико-биологические проблемы, с другой – неблагоприятные внешние воздействия.

## **Иммунодефицит.**

При иммунологическом обследовании ЧБД выявлена высокая частота недостаточности гуморального звена иммунитета, недостаточности местного иммунитета, аллергической сенсибилизации. Поэтому детям из группы ЧБД имеются основания для иммунологического обследования, выявления соотношения двух субпопуляций Т-лимфоцитов, и, возможно, проведения тех или иных иммунокорректирующих мероприятий с учетом иммунорегуляторного индекса (ИРИЗ) (Резников Ю.П.)

**Первичные иммунодефициты** встречаются довольно редко, особенно тяжелые их формы и часто заканчиваются летально. Тем не менее необходимо знать основные диагностические критерии ПИД, чтобы на раннем этапе заподозрить эту патологию.

### **Вирусные и бактериальные инфекции.**

Общее число вирусов и их серотипов, вызывающих ОРВИ, достигает 300, и на их долю приходится 95% всех случаев острых поражений дыхательных путей у детей. (Савенкова М.С. и соавт. 2015 г.) Ряд вирусов с одинаковой частотой поражает детей любого возраста (вирусы гриппа, риновирусы, вирус простого герпеса), в то время как другие имеют наиболее восприимчивый возраст.

Основными бактериальными возбудителями ОРЗ являются условно-патогенные пневмотропные микроорганизмы. По результатам микробиологических исследований мазков со слизистой оболочки носоглотки, микрофлора у большинства ЧБД представлена на 80% стафилококком или на 60% стрептококком, в том числе  $\beta$ -гемолитическим стрептококком в 30% случаев. (Мизерницкий Ю.Л. 2009г.)

Удельный вес отдельных нозологических форм в структуре ОРВИ зависит также от эпидемической обстановки и сезона. ОРВИ передаются преимущественно воздушно-капельным путем, в основном при чихании. С кашлем передается инфекция нижних дыхательных путей. Другим путем передачи, имеющим большое значение при уходе за маленьким ребенком дома, в детских и медицинских учреждениях, является контактный путь, передача возбудителя через загрязненную кожу.

### **Аллергические заболевания.**

Распространенность аллергических заболеваний в мире – 25-30% населения, в России – около 15-30% населения. В детском возрасте, особенно в дошкольном аллергическая патология может быть длительно замаскирована склонностью ребенка к частым ОРЗ. Дифференциальная диагностика таких случаев – важная задача педиатра. Сложность дифференциальной диагностики еще и в том, что у детей с аллергией чаще регистрируются ОРЗ. Аллергия и инфекция взаимно потенцируют друг друга. Вирусные инфекции могут быть связаны с обострениями бронхиальной астмы. Особенно труден дифференциальный диагноз у часто болеющих детей. У детей младшего и дошкольного возраста триггерами приступов астмы являются ОРВИ и физическая нагрузка.

Симптомы **аллергического ринита (АР)** часто путают с проявлениями острых респираторных инфекций. Однако при сохранении симптомов более двух недель на фоне нормальной температуры тела, а также при наличии других признаков аллергического характера заболевания необходимо исключать АР, который не относится к числу тяжелых заболеваний, однако он является причиной снижения качества жизни больных, сопоставимого со снижением качества жизни больных бронхиальной астмой, нарушений сна и способности к обучению. Плохо контролируемые симптомы АР вызывают бессонницу, усиление сонливости, утомляемости в дневное время. Дети с неконтролируемым АР хуже учатся в школе, пропускают занятия. АР ассоциируется с ухудшением способности к обучению и результатов экзаменов.

**Бронхиальная астма** (БА) является самым распространенным хроническим заболеванием детского возраста, тем самым представляя собой важную проблему здравоохранения. По данным Международного исследования бронхиальной астмы и аллергий в детском возрасте, распространенность БА в некоторых странах достигает 32%.

Астма — это тяжёлое хроническое заболевание лёгких, вызванное воспалением дыхательных путей и сопровождающееся эпизодическими и периодическими эпизодами обострения таких симптомов, как кашель (особенно ночью или рано утром), свистящим дыханием, одышкой и сдавленностью в груди.

### **Заключение**

Группа часто болеющих детей неоднородна.

Важно как можно раньше исключить из группы ЧБД детей с первичными иммунодефицитами и аллергическими заболеваниями.

Чаще всего к группе ЧБД ошибочно относят детей с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой.

Основу **профилактики ОРИ** традиционно составляют немедикаментозные методы: лечебно-охранительный режим; рациональная диета; лечебная физкультура; массаж; физиотерапия (ВОЗ 2009 г.).

**Медикаментозное лечение** в комплексе оздоровительных мероприятий проводится по показаниям, требует дифференцированного подхода в зависимости от патологии и должно ограничиваться необходимым минимумом. При аллергических заболеваниях лечение зависит от степени тяжести и течения АР и БА.

**Иммунокорригирующая терапия** дополняет традиционное лечение. Применение иммунокорректоров требует строгого учета клинико-иммунологических показаний, контроля эффективности, рациональных курсов (1-2 раза в год с исключением полипрагмазии).



## 2 АДЕНОИДЫ. ЧТО ДЕЛАТЬ?

**Наседкин А.Н.**

Аденоидит — воспаление тканей глоточной миндалины. Это заболевание чаще всего встречается в возрасте 3-8 лет. Реже аденоидит встречается у детей 9-15 лет. Очень редко – у взрослых.

Следует отличать аденоидит от **аденоидов, т.е. от патологического разрастания глоточной миндалины.**

Глоточная миндалина представляет собой непарный орган, который в комбинации с остальными – язычной, небными и тубарными – образует лимфатическое кольцо Пирогова-Вальдейера.

Причины возникновения аденоидита: значительное понижение иммунных барьеров; частые острые респираторные вирусные инфекции; нескорректированный рацион ребенка; недостаточность в рационе витамина Д с клиническими симптомами рахита; частые переохлаждения малыша; наличие хронического ринита и иных воспалительных патологий верхних дыхательных структур.

По длительности негативных проявлений выделяют острый, подострый и хронический варианты течения заболевания.

По клинико-морфологическим разновидностям поражения носоглоточной миндалины принято выделять катаральный, экссудативно-серозный и гнойный аденоидит.

По тяжести клинических проявлений аденоидит подразделяется на поверхностный, субкомпенсированный, компенсированный и декомпенсированный.

Вышеуказанная классификация позволяет специалисту оценить симптомы аденоидита, провести адекватную дифференциальную диагностику.

Определить наличие острой формы аденоидита помогают характерные жалобы, предъявляемые пациентом (родителями) во время консультации. Однако в силу различных причин, в т.ч. позднего обращения к врачу, острый вариант заболевания может перерасти в хроническую форму, приводящую к увеличению размеров глоточной миндалины (первая, вторая, третья и четвертая степень увеличения).

Лечение аденоидита у детей преследует основную цель – устранить патологический очаг в паренхиме глоточной миндалины и предотвратить рецидив заболевания.

Что бы предотвратить осложнения хронического декомпенсированного аденоидита при неэффективности консервативного лечения делают аденотомию.

## 3 ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ У ДЕТЕЙ С ПОЗИЦИИ ИНФЕКЦИОНИСТА.

Мескина Е.Р.

Фарингит и тонзиллит являются причиной 10% обращений за педиатрической медицинской помощью. Острый тонзиллит – полиэтиологическое заболевание, поражение миндалин вызывают вирусы, бактерии, грибы и паразиты. Тонзиллит может быть клинической (в том числе единственной) формой или симптомом (в сочетании с поражением других органов и систем) различных инфекционных заболеваний.

Обязательное междисциплинарное взаимодействие между инфекционистами и отоларингологами при диагностике инфекционных заболеваний регламентируется в следующих клинических ситуациях:

Дифференциальная диагностика локализованной и распространенной формы дифтерии (диагноз дифтерии устанавливается двумя врачами – инфекционистом и отоларингологом), осмотр всех контактных в течение 3 дней от момента изоляции заболевшего (диагностика дифтерии гортани, носа и др.) и носителей (выявление хронической патологии ЛОР-органов). Источник: Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии».

Диагностика менингококкового назофарингита у контактных с больным менингококковой инфекцией для определения необходимости изоляции (в стационаре), обследования и проведения химиопрофилактики. Источник: Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.2512-09 «Профилактика менингококковой инфекции»

Вирусы вызывают тонзиллит примерно в 40% случаев, бактерии – в 30%, в 30% – какие-либо потенциальные возбудители не выделяются. <http://emedicine.medscape.com/article/967384-overview#a5>

### Основные бактериальные возбудители тонзиллита

- *Streptococcus pyogenes* (распространённый)
- *Arcanobacterium hemolyticum* (7% подростков и взрослых)
- Group C *streptococci* (мало распространён)
- Group G *streptococci* (мало распространён)
- *Neisseria gonorrhoeae* (мало распространён)
- *Corynebacterium diphtheriae* (редкий)

### Другие вероятные копатогены

- *Staphylococcus aureus*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*
- *Bacteroides fragilis*
- *Bacteroides oralis*
- *Bacteroides melaninogenicus*
- *Fusobacterium* species
- *Peptostreptococcus* species
- *Chlamydia trachomatis* (редко)
- *Mycoplasma pneumoniae* (редко)

### Вирусы, вызывающие тонзиллит

- EBV (инфекционный мононуклеоз) – продуцирует шероховатую белую пленку
- Rhinovirus
- Adenovirus
- Parainfluenza virus
- Coxsackievirus
- Coronavirus
- Echovirus
- Cytomegalovirus (CMV)

Бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) или *S. pyogenes* является основной причиной тонзиллита у детей. В 25-50% случаев возбудителем инфекции, протекающей с поражением миндалин, является БГСА. Примерно у 20% детей регистрируется длительное бессимптомное носительство. Известно более 80 М-протеин типов БГСА. Серотипы 1, 3, 5, 6, 18, 19, 24 ассоциируются с ревматизмом (ревматогенные), серотипы 49, 55, 57 ассоциированы с пиодермией или острым постстрептококковым гломерунефритом. Одной из клинических форм стрептококковой инфекции является синдром токсического шока, который быстро приводит к полиорганной недостаточности с летальностью до 70%.

Полимикробная бактериальная популяция выделяется в большинстве случаев у пациентов с хроническим тонзиллитом, чаще обнаруживаются *S. aureus*, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *B. fragilis*. Преобладающими микроорганизмами при паратонзиллярных абсцессах являются анаэробы *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium* и *Peptostreptococcus*. Язвенно-некротическую ангину Симановского-Плаута-Винсента вызывает ассоциация *Borrelia vincenti* и *Fusobacterium necrophorum*. *Fusobacterium necrophorum*, как выяснилось в последнее время, является частым возбудителем тонзиллита у подростков и взрослых (10-40 лет), занимая второе место после БГСА (10-27% всех случаев тонзиллита: Hedin K

et al. 2015). Этот возбудитель ассоциирован с развитием синдрома Лемьера, который представляет собой острую фаринготонзиллярную инфекцию, которая распространяется в боковом глоточном пространстве, вызывая тромбоз внутренней яремной вены с последовательной метастатической эмболией.

Рецидивирующие тонзиллиты могут быть причиной гиперплазии миндалин, которая может приводить к дыхательным расстройствам во время сна. Пациенты с ожирением находятся в группе риска по развитию ночного апноэ, что приводит к нарушению качества жизни, снижению внимания и успеваемости в школе (Mitchell RB., 2007). Половина пациентов с дыхательными расстройствами во сне имеют ночной энурез (Vaugh RF, et al. 2011).

Тонзиллит может быть клинической формой инфекции при гонорее, туляремии, сибирской язве, сифилисе, бартонеллезе (фелинозе); редко встречается в качестве симптома при брюшном тифе и псевдотуберкулезе; может быть симптомом редких бактериальных инфекций, протекающих по оппортунистическому типу, – лептотрихозе (лептотрихозе), актиномикозе. Грибковые инфекции – кандидоз и паракокицидоз (вызываемый тропическими грибами) – также могут протекать с поражением миндалин. Среди паразитозов, протекающих с поражением миндалин, следует выделить трихинеллез.

В последнее время появились данные, что у пациентов с плоскоклеточным раком ротовой полости в 60-80% обнаруживается вирус папилломы человека (Benson E, et al. 2014 Chi AC, et al. 2015) В 73-87% случаев рака головы и шеи ассоциировано с 16 серотипом. ВПЧ-положительный плоскоклеточный рак встречается чаще всего в небных миндалинах или на основании языка и имеет высокую скорость метастазов (Moore KA, et al. 2015).

Трудно выделить определенные клинические характеристики морфологических изменений, позволяющих визуально определить этиологию фаринготонзиллярного поражения при других инфекциях. Прежде всего, следует учитывать эпидемиологический анамнез и наличие другой симптоматики, если таковая имеется.

Антибактериальными препаратами выбора лечения тонзиллита являются пенициллин и амоксициллин, назначаемые курсом на 10 дней (для предупреждения рецидивов). Для лечения инфекции, вызванной *Fusobacterium necrophorum*, используются пенициллин, метронидазол или клиндамицин.

**4****АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ.**

**Юнусов А.С., Поляков Д.П.**

По данным ВОЗ, аллергический ринит является самым распространенным аллергическим заболеванием у детей и характеризуется эпидемическим темпом роста заболеваемости. В течение последних 5 лет она выросла на 5%. Диагностика и лечение аллергического ринита в равной степени находятся в компетенции врачей-аллергологов, оториноларингологов, педиатров. Большое разнообразие диагностических тестов и средств фармакотерапии аллергического ринита у детей требует четкой унификации в соответствии с утвержденными авторитетными профессиональными сообществами отечественными и зарубежными клиническими рекомендациями (РАДАР, Российское общество ринологов, ARIA (ВОЗ), EAACI и другими). Приведен сравнительный анализ согласительных документов с целью определения единой тактики ведения детей с аллергическим ринитом врачами всех специальностей.

# 5

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА.

Ивойлов А.Ю., Архангельская И.И.

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – это состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью (Guilleminault C; Dement WC. Sleep apnoea syndromes, 1978).

В МКБ-10 синдром обструктивного апноэ/ гипопноэ во сне обозначается шифром G47.32, в Международной Классификации Нарушений Сна – 780.53.

Синдром обструктивного апноэ сна имеет высокую распространенность среди населения, в том числе среди детей. У 2% детей СОАС встречается в возрасте от 4 до 5 лет (C.Marcus et. al., 1992). У 1-3% – в возрасте до 8 лет (Mary E Cataletto,MD et.al.,2012). По данным in the United Kindom СОАС в возрасте 4-5 лет отмечается у 1,75- 2,25% детей. Храп в детстве наблюдается у 10% детей в возрасте от 2 до 8 лет.

Значительную роль в генезе СОАС в детском возрасте играет патология ЛОР органов, а именно патология лимфоглоточного кольца.

Механизм коллапса воздушных путей во время сна связан с физиологическим явлением: расслаблением мышц глотки спящего человека, приводящим к уменьшению просвета воздухоносного канала. Создаваемое легкими отрицательное давление воздуха в суженных дыхательных путях при наличии определенных фоновых факторов, может вызвать их полное спадение, приводящее к снижению насыщения кислородом крови. Гипоксемия вызывает активацию нервной системы и кратковременное пробуждение, позволяющее возобновить дыхание. В результате нарушается структура и качество сна.

Соответственно описанным механизмам СОАС разделяют по степени тяжести на легкий, среднетяжелый и тяжелый, при этом чаще всего в качестве ведущего критерия используют индекс апноэ/гипопноэ сна, т.е. количество обструктивных событий в течение часа. Количество остановок дыхания и степень

кислородной десатурации определяют степень страдания организма и ведет к развитию той или иной симптоматики.

Выявление лиц с высокой вероятностью обструктивного апноэ сна начинается на этапе первичной медицинской помощи. Предположение о СОАС возникает в случае характерных для заболевания жалоб пациента: регулярный храп, указание на остановки дыхания во сне, беспокойный сон с пробуждениями и чувством удушья, ночная потливость, необычные позы, принимаемые во время сна, ночной энурез, утренние головные боли.

Диагностика СОАС в детском возрасте разделяется на клиническую и инструментальную. Инструментальное обследование включает в себя скрининговую ночную компьютерную пульсоксиметрию, кардиореспираторный мониторинг и полисомнографию.

Для определения наличия СОАС детям проводили компьютерную пульсоксиметрию прибором Wrist Pulse Oximeter MD300W детским пульсоксиметрическим датчиком (Германия). Для исследования пациенты получали прибор на руки вместе с памяткой по его использованию. В домашних условиях перед сном пациентам (детям) одевали прибор на левую руку и включали его. В течение всей ночи производилась компьютерная пульсоксиметрия. Параметры прибора отображались на дисплее в виде SPO<sub>2</sub> (сатурация) и PR (частота пульса). Общее время непрерывной записи 30 часов. Частота фиксации 1 раз в 2 секунды. Получаемые данные сохраняются в памяти пульсоксиметра автоматически. Применялась рефракционная (отражающая) технология регистрации сигнала во сне. На следующий день пациенты приносили прибор для считывания данных и с помощью программы, поставляемой с прибором, определяли:

- максимальную, минимальную и среднюю сатурацию;
- максимальный, минимальный и средний пульс;
- количество значимых периодов падения насыщения крови кислородом (десатурация), отражающих количество апноэ и гипопноэ (при проведении исследования во время сна);
- таблицы и диаграммы распределения данных сатурации;
- кривые сатурации и пульса для визуального анализа за весь период наблюдения и за любой выбранный интервал (от 10 секунд на экран).

Для диагностики нарушений сна в настоящее время используется метод полисомнографии. Полисомнография является объективным методом исследования СОАС. Стандартная полисомнографическая система имеет от 18 до 24 каналов и регистрирует следующие параметры:

- Электроэнцефалограмма (ЭЭГ)
- Электроокулограмма (ЭОГ)
- Электромиограмма (тонус подбородочных мышц) ЭМГ
- Движение нижних конечностей

- Электрокардиограмма (ЭКГ)
- Храп
- Носо-ротовой поток воздуха
- Дыхательные движения грудной клетки и брюшной стенки
- Положение тела
- Степень насыщения крови кислородом – сатурация (SpO<sub>2</sub>)

В протоколе полисомнографического исследования отражены структура сна, параметры стадий сна и бодрствования, нарушения дыхания во сне, общие показатели десатурации, анализ эпизодов храпа во время сна.

Таким образом, алгоритм диагностики синдрома обструктивного апноэ сна в детском возрасте с патологией лимфоглоточного кольца включает в себя мониторинговую компьютерную ночную пульсоксиметрию (скрининг диагностики) и/или полисомнографическое исследование («золотой стандарт»), которое дает объективную информацию о выраженности и характере нарушения дыхания у детей для определения оптимальной тактики хирургического лечения.



## **6** ТУРБИНОПЛАСТИКА МЕТОДОМ ПОДСЛИЗИСТОЙ РАДИОКОАГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ.

**Зябкин И.В.**

Развитие методов функциональной микроэндоскопической хирургии в последнее десятилетие значительно расширило возможности в лечении хронических заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей. Одним из основополагающих принципов функциональной микроэндоскопической ринохирургии является минимальная инвазивность, которая в детском возрасте приобретает особенную актуальность. В связи с этим на этапе выбора метода пластики нижних носовых раковин у детей с хроническим ринитом мы рассмотрели большое количество предложенных хирургических методов. В литературе присутствуют описания методов криодеструкции, электрокаустики, ультразвуковой и лазерной подслизистой деструкции нижних носовых раковин, а также комбинированных методов. Все эти методики, по нашему мнению, отличаются достаточно выраженной травматичностью по отношению к слизистой оболочке полости носа, что побудило нас обратиться к методу подслизистого радиохирургического воздействия на нижние носовые раковины. Радиохирургические методы уже прочно вошли в рутинную практику таких специальностей, как дерматология, офтальмология, стоматология, ургентная хирургия, гинекология и косметология. В оториноларингологии применение этих методов подробно осветил в своих работах М.Г. Лейзерман (1998, 1999), который применял их для лечения ринхопатии, хронического гипертрофического фарингита, доброкачественных новообразований слизистых оболочек и кожи, паратонзиллярных абсцессов, фурункулов носа, а также абсцессов перегородки носа. Автор отмечал значительное сокращение времени операции, а также уменьшение кровопотери при проведении операций в области лимфоглоточного кольца Вальдеера, полости носа, околоносовых пазух и среднего уха. Однако мы не встретили работ посвященных радиохирургическим методам лечения в детской оториноларингологической практике.

### **Цель исследования:**

В связи с вышесказанным целью нашей работы явилось повышение клинической эффективности хирургического лечения детей с хроническим гипертрофическим и вазомоторным ринитами.

### **Материалы и методы:**

Основу клинического анализа составили данные, полученные от наблюдения за 68 детьми, в период с 2014 по 2016 годы. Все дети госпитализировались для планового хирургического лечения по поводу хронического гипертрофического или вазомоторного ринита. Критерием исключения из исследования явилось предшествующее хирургическое вмешательство на нижних носовых раковинах, т.к. полученные при этом данные были бы не объективны.

Из 68 детей 26 (38,2%) ребенка страдали гипертрофическим ринитом, 42 (61,8%) – вазомоторным ринитом. В исследуемую группу нами было включено 38 детей, в контрольную группу 30 детей. Возраст детей колебался от 9 до 17 лет, а распределение по полу отмечалось следующим образом: мальчиков – 41 (60,3%), девочек – 27 (39,7%).

Клиническое обследование включало в себя, помимо стандартного оториноларингологического осмотра, эндоскопическое исследование полости носа, а также компьютерную томографию полости носа и околоносовых пазух.

В своей работе мы применяем радиохирургический прибор с выходной регулируемой мощностью до 140 Вт и частотой 3,8 МГц. Для подслизистой радиокоагуляции нижних носовых раковин мы использовали стандартные электроды, выбирался режим «коагуляция», регулятор мощности устанавливался между 3 и 4 единицами девятизначной шкалы, что соответствует 30-35 Вт выходной мощности. Методика заключалась в следующем. В толщу нижних носовых раковин мы вводили 1,0 – 1,5 мл 1% раствора лидокаина. Через 3-5 минут электрод подводили к переднему концу нижней носовой раковины и вводили на всю длину в толщу носовой раковины. Экспозиция подачи радиоволны составляла 8-10 секунд до визуального побледнения ткани в зоне введения электрода. После удаления электрода на переднем конце нижней носовой раковины визуально отмечали участок коагуляционного некроза слизистой оболочки 0,1 x 0,1 см. Оценка результатов хирургического лечения и динамики заболевания в исследуемой и контрольной группах производилась через 3, 6 и 12 месяцев после операции. В качестве методов оценки использовались эндоскопическая диагностика, компьютерная томография и метод визуально-аналоговой оценки. Оценка методом компьютерной томографии производилась через 12 месяцев после операции. Результаты лечения в обеих группах были разделены нами на три категории: хорошие (стойкое улучшение носового дыхания, отказ от топических деконгестантов), удовлетворительные (улучшение носового дыхания, использование топических деконгестантов 1-2 раза в день) и неудовлетворительные (продолжение использования топических деконгестантов).

### **Результаты:**

Послеоперационный период у всех больных протекал благоприятно. Реактивные явления в области нижних носовых раковин возникали через 1-2 часа,

достигая максимума в пределах 1 суток, и минимума к 4-5 дню послеоперационного периода. В 1 сутки у 87% пациентов отмечался выраженный отек 10% случаев отек на следующий день у пациентов отсутствовал, однако в 90% случаев нижние носовые раковины выглядели в первые сутки отечными, дыхание было затруднено. Образования корок в носу после этой операции ни в одном случае нами не наблюдалось. В качестве ухода за полостью носа в послеоперационном периоде, для скорейшего восстановления функции слизистой оболочки носа, мы рекомендовали после нашей операции орошение полости носа дважды в день теплым физиологическим раствором – носовой душ.

### **Заключение:**

Турбинопластика методом подслизистой радиокоагуляции, как способ лечения хронических ринитов у детей прост и удобен в исполнении, эффективен и легко переносим пациентами. Радиохирургический прибор может быть использован в практике амбулаторного врача, поскольку с его помощью оториноларинголог может выполнить не только описанное нами вмешательство, но и массу других манипуляций (М.Г. Лейзерман, 1999). Прибор является, с одной стороны, очень удобным для работы врача, а с другой стороны – экономичным, что немаловажно на сегодняшний день.

## **7** ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ.

**Егоров В.И., Герасименко Н.В.**

Отогенные внутричерепные осложнения (ОВО) у детей являются наиболее тяжелой патологией в практике оториноларинголога. Для повышения эффективности оказания медицинской помощи детям с ОВО необходима своевременная диагностика данной патологии и рациональное комплексное лечение с последующей реабилитацией.

К ОВО относятся: менингиты, менингоэнцефалиты, абсцессы головного мозга, суб- и эпидуральные эмпиемы, синус-тромбозы.

Развитию ОВО у детей младшей возрастной группы способствуют значительно развитая сосудистая сеть между спонгиозной костью сосцевидного отростка и мозговыми оболочками, наличие костных дегисценций в крыше барабанной полости и антрума, «незрелость» иммунной системы.

Диагностика отогенных внутричерепных осложнений основывается на клинических симптомах, данных осмотра и обследования ребенка оториноларингологом, неврологом, инфекционистом, окулистом, нейрохирургом, на результатах анализа спинномозговой жидкости, данных КТ и МРТ головного мозга с желательным контрастированием, результатах клинико-лабораторных исследований.

Необходимо учитывать, что полный менингеальный симптомокомплекс у детей наблюдается нечасто. С другой стороны, наличие менингеальных знаков не всегда свидетельствует о менингите, а может наблюдаться при различных инфекционных заболеваниях, интоксикациях, травмах головного мозга. Не стоит забывать, что у детей раннего возраста часто диагностируется первичный менингит, вызванный менингококком, пневмококком, гемофильной палочкой. Первичную диагностику данного заболевания проводят педиатры, неврологи, инфекционисты.

Для отогенного менингита характерно острое начало, наличие выраженных симптомов интоксикации, интенсивная головная боль, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, наличие менингеальных симптомов, гипертермия, нарушение сознания. Как правило, манифестации менингита предшествует оталгия, обуслов-

ленная острым или обострением хронического среднего отита. При люмбальной пункции ликвор мутный, вытекает под большим давлением, в анализе спинномозговой жидкости выявляется выраженный нейтрофильный плеоцитоз.

При наличии у ребенка менингоэнцефалита отмечается выраженное угнетение сознания, наличие очаговой симптоматики, характерных изменений тканей головного мозга на КТ и МРТ, в ликворе нейтрофильный плеоцитоз.

Абсцесс головного мозга развивается на фоне обострения хронического отита или при затянувшемся остром гнойном среднем отите. Характерно постепенное начало заболевания, наличие умеренных симптомов интоксикации, головной боли, очаговой симптоматики, возможно нарушение сознания. Менингеальные знаки слабо выражены или могут отсутствовать. В анализе ликвора часто отмечается белково-клеточная диссоциация (высокое содержание белка при невыраженном плеоцитозе). Важную роль в диагностике абсцесса головного мозга играет компьютерная или магнитнорезонансная томография с контрастным усилением.

При наличии у ребенка клинических признаков воспалительных изменений оболочек или вещества головного мозга требуется срочная госпитализация пациента в специализированный стационар и раннее начало антибактериальной терапии. В случае выявления в ходе обследования ОВО необходимо выполнение санлирующей операции на ухе по срочным показаниям.

Если ОВО возникло как осложнение острого отита рекомендуется выполнение антростомастотомии с шунтированием барабанной полости. При хроническом отите оправдана расширенная радикальная операция на ухе. Обнажение твердой мозговой оболочки в ходе операции выполняется при наличии субдуральной эмпиемы височной области, диагностированной в предоперационном периоде. Сигмовидный синус обнажается и пунктируется в случае отсутствия в предоперационном периоде КТ или МРТ исследования с контрастированием и при подозрении на синустромбоз. Рана в заушной области может быть ушита с оставлением на 2-3 суток антрум-дренажа с целью аспирации раневого содержимого и промывания полости среднего уха антисептиками.

В послеоперационном периоде лечение ребенка продолжается в палате интенсивной терапии. Важно проведение адекватной оксигенации, антибактериальной и симптоматической терапии под динамическим наблюдением оториноларинголога, невролога, окулиста, нейрохирурга, клинического фармаколога.

При проведении антибактериальной терапии предпочтение отдается цефалоспорином III и IV поколения в сочетании с гликопептидами, метронидазолом, а также карбапенемам в сочетании с гликопептидами. Назначение антибактериальной терапии осуществляется с учетом рекомендаций клинического фармаколога. Критериями отмены антибиотиков при лечении отогенного менингита являются: стойкая нормальная температура тела, исчезновение менингеального

синдрома, санация ликвора. Симптоматическое лечение включает антикоагулянты, диуретики, витамины группы В, ноотропные препараты, глюкокортикоиды, вазоактивные средства.

В лор-клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за последние 5 лет пролечено 9 детей с отогенными внутричерепными осложнениями в возрасте от 1 года 9 месяцев до 17 лет. Своевременность оказанной им помощи и мультидисциплинарный подход к лечению позволил добиться клинического выздоровления всех пациентов.

Таким образом, раннее назначение адекватной антибактериальной терапии и своевременное проведение санации первичного воспалительного очага позволяют значительно улучшить результаты лечения. Повышение качества медицинской помощи пациентам с отогенными внутричерепными осложнениями возможно только при комплексном и междисциплинарном подходе к их лечению.

## **8** ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕИ У ДЕТЕЙ.

Мустафаев Д.М.

Гнойно-воспалительные заболевания шеи у детей представляют реальную опасность для жизни ребенка, что обусловлено анатомо-топографическими особенностями этой области, возможностью быстрого распространения процесса по клетчаточным пространствам и генерализации инфекции. В последнее время отмечается некоторый рост числа больных детского возраста с гнойно-воспалительными заболеваниями шеи. Это связано с разными причинами, как правило, всегда отмечается позднее обращение за медицинской помощью, неадекватное стартовое лечение, результатом ослабления внимания к службе детской оториноларингологии, особенно такого звена, как школьные кабинеты, где резко снизились объём и качество лечебно-профилактической работы. В результате этого у детей вновь появились тяжёлые формы ЛОР инфекции, требующие комплексного лечения, в том числе значительной по объёму хирургической помощи. Источниками гнойно-воспалительных заболеваний шеи у детей могут быть инородные тела глотки и гортани, паратонзиллярный абсцесс, флегмонозная ангина, парафарингит. Иногда заболевание развивается в результате ранений стенок пищевода.

Актуальность проблемы гнойно-воспалительных заболеваний шеи в детской оториноларингологии определяется нарастанием числа этой группы больных, увеличением тяжести клинического течения, трудностями в их диагностике и лечении. Это обусловлено многими обстоятельствами: объективными трудностями обследования детей, особенно раннего возраста, отсутствием единых методологических подходов, атипичным течением заболеваний. Исходы гнойно-воспалительных заболеваний у детей осложняются тем, что поражение зон шеи приводит к тяжёлым осложнениям.

Диагностика паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса у детей, обычно, не представляет трудностей. Однако, при локализации воспалительного процесса в пара – и ретрофарингеальном пространствах, напротив, возможны диагностические ошибки. Своевременно не диагностированные и не леченные адекватно, такие заболевания у детей дают высокий процент смертности в результате развития медиастинита, сепсиса и других осложнений.

Парафарингеальные абсцессы и флегмоны у детей в большинстве случаев являются тонзиллогенными. Реже они имеют одонтогенную, а в отдельных случаях (при верхушечных мастоидитах) отогенную этиологию. В некоторых случаях причиной заболевания является гнойный паротит или травма глотки, в частности инородным телом. Тонзиллогенные парафарингеальные абсцессы могут развиваться вследствие прорыва гноя при паратонзиллярных абсцессах и как осложнение после вскрытия паратонзиллярного абсцесса, когда случайно повреждается боковая стенка глотки и наступает инфицирование клетчатки парафарингеального пространства. Большое значение при тонзиллогенных парафарингеальных абсцессах имеет лимфогенный занос инфекции в регионарные лимфатические узлы шеи, что впоследствии может осложниться их нагноением.

Большое диагностическое значение при острых тонзиллогенных воспалениях парафарингеального пространства имеют фарингоскопические изменения. Наиболее выраженным признаком абсцесса или флегмоны парафарингеального пространства является наличие выбухания (инфильтрата) в области боковой стенки глотки, слизистая оболочка над воспалительным уплотнением значительно инфильтрирована. Появление наряду с припухлостью в области угла нижней челюсти и зачелюстной ямки болезненности по ходу сосудистого пучка может указывать на развитие септического процесса. Гнойное воспаление парафарингеального пространства чаще всего протекает с формированием абсцесса, значительно реже наблюдается развитие разлитой флегмоны. Флегмонозный процесс развивается по клетчаточным и межмышечным пространствам, лимфатическим путям, обычно бывает распространенным, иногда прогрессирующим, т.е. приводит к тяжелым осложнениям, например, к переходу гнойного процесса на переднее и заднее средостение, к тромбозу, а иногда и к сепсису.

Таким образом, проблема лечения больных детей гнойно-воспалительными заболеваниями шеи остается чрезвычайно актуальной. Несмотря на значительный арсенал средств медикаментозного лечения этиологических предшественников данных заболеваний, применяемых в настоящее время, сохраняющийся высокий процент осложнений требует особого внимания к этой проблеме, наличия определенных знаний и подготовки персонала с целью своевременной диагностики и адекватного лечения подобных больных детей. Для успешного лечения больных детей гнойно-воспалительными заболеваниями шеи необходимо тесное взаимодействие оториноларинголога, хирурга-стоматолога, торакального хирурга, анестезиолога-реаниматолога. Успех лечения зависит от своевременной диагностики, особенно на догоспитальном этапе, детального обследования в специализированном ЛОР-отделении, раннего и адекватного хирургического вмешательства, и комплексного консервативного лечения.



## **9** АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ.

Пряников П.Д., Шубин Д.И.

По данным ВОЗ, острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и ассоциированными с ними аллергическими заболеваниями страдает от 50 до 90% людей во всем мире, особенно дети 1-3 года жизни. Диагностикой и лечением данной патологии занимаются педиатры, оториноларингологи, аллергологи и иммунологи. Также, пациент может попасть к инфекционисту с подозрением на дифтерию, в дифференциальной диагностике которого стоит и «ложный круп» или подскладочный ларингит. Эта нозологическая единица, чаще встречающаяся у детей (у взрослых чаще – острый ларингит), стоит под номером один с точки зрения рисков наступления серьезных осложнений, таких как асфиксия. В случае поступления больного в стационар, где практически всегда имеются врачи всех выше перечисленных специальностей, пациента госпитализируют с назначением лекарственной терапии, включая парентеральные антибактериальные препараты, гормональную терапию и ингаляции также с последними препаратами. Однако, в редких случаях, процесс может привести к стенозу гортани 3 ст. либо 4 ст., что по сути и является асфиксией. И если в случае 3 ст. у врача есть время, чтобы подготовить больного к интубации либо трахеостомии под местной анестезией (особенно, если это взрослый пациент), то в случае асфиксии, реанимационные мероприятия должны быть проведены незамедлительно. Как правило, это в первую очередь интубация трахеи и перевод пациента на ИВЛ с дальнейшим проведением интенсивной терапии. Немаловажным является и то, что интубация в экстренной ситуации может быть особенно травматичной. Далее, в случае успешной экстубации, ребенок выписывается из стационара с улучшением и нормальным дыханием через естественные дыхательные пути (конечно, если в благоприятном исходе пациенту не была наложена трахеостома). Далее, в 1-2% случаев, что является довольно малым статистическим показателем, но из-за опасности, рисков для жизни, нарушения жизненно-важных функций, снижения качества жизни и высокой социальной значимости привлекает внимание врачей, у пациента наступает затруднение дыхания и последний опять попадает в стационар, где в результате эндоскопии верхнего отдела дыхательных

путей диагностируется рубцовый стеноз подскладкового отдела гортани. В этой ситуации как правило прибегают к трахеостомии либо повторной интубации и последующей трахеостомии. После чего в хирургической тактике рассматриваются ларингопластика открытым способом, ларингопластика эндоскопическая со стентированием, но в любом случае – это длительное и многоэтапное лечение.

В 1984 M.D. Cohen провел резекцию врожденного стеноза трахеи и бронхов у девочки 4 месяцев. В возрасте 2 лет и 4 мес диагностирован рестеноз и проведена успешная баллонная пластика трахеи и бронха (Mervyn D. Cohen, Thomas R. Weber, Chalapthi C. Rao, 1984)/

В 2013 M. Lang провел метаанализ с 1991 по 2013 – 95% успешных баллонных ларинготрахеопластик и возможность выполнить это без трахеостомы (Michael Lang, Scott E. Brietzke, 2013).

В 2014 J. Wentzel опубликовал опыт эффективной баллонной ларингопластики у 142 детей в период с 1991 до 2013 – 93 пациента (65,5%) без рестеноза (Jennifer L. Wentzel, Sidrah M. Ahmad et al., 2014).

Ниже приведен наш опыт баллонной ларингопластики (в том числе на высокочастотной вентиляции легких без наложения трахеостомы) ведения детей с постинтубационным стенозом гортани, который может быть интересен врачам таких специальностей как, педиатр, ЛОР-врач, хирург головы и шеи, реаниматолог, врач-эндоскопист.

### **Материалы и методы.**

За 2015 – 2017 гг. в отделении онкологии и детской хирургии ФГБУ «ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России методом баллонной пластики было проведено 26 операций по устранению рубцового стеноза подскладкового отдела гортани у 19 детей (12 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 3 мес. до 7 лет). Все пациенты являлись канюленосителями (поступали в отделение с наложенной трахеостомой по месту жительства), просвет гортани на уровне стеноза у них сохранялся от 2 до 5 мм в диаметре. Причиной рубцового стеноза у всех была длительная интубация трахеи.

Всем больным под эндотрахеальным наркозом (интубация через трахеостому) выполняли прямую микроларингоскопию и в сплутном состоянии вводили баллон (фирма Aclarent, диаметр от 5 до 8 мм). Баллон располагали в гортани таким образом, чтобы он находился четко на уровне рубцового сужения. Затем баллон раздували до 10-16 атм. и в таком состоянии удерживали в просвете гортани 1 минуту. В некоторых случаях отмечали незначительное кровотечение. В случае недостаточного расширения просвета на уровне стеноза манипуляция повторялась. После восстановления адекватного самостоятельного дыхания пациентов переводили в отделение.

### **Результаты.**

В послеоперационном периоде у всех больных наблюдали положительную динамику в виде улучшения дыхания через естественные дыхательные пути с закрытой трахеотомической трубкой. Детей выписывали из стационара на 5-7 сутки после операции.

Далее пациенты находились под наблюдением в течение 6-12 мес. В результате у 17 детей через год после операции отмечали стойкое увеличение просвета гортани на уровне стеноза от 50 до 80% от исходного уровня. У двух детей после 2-х подобных операций через 6 и 9 мес. выявлено рестенозирование той же локализации, что заставило прибегнуть к проведению ларинготрахеопластики с установкой Т-образной трахеотомической трубки. Таким образом, у 17 из 19 оперированных нами больных (89%) баллонная пластика рубцового стеноза гортани оказалась эффективной.

Следует отметить, что мы также имели опыт ликвидации стеноза гортани без наложения трахеостомы у 3-х детей (все мальчики) в возрасте от 1 до 6 мес. В этом случае в состоянии субкомпенсированного стеноза гортани с сатурацией крови кислородом 80-95% пациента брали в операционную и проводили те же вышеописанные манипуляции, только под высокочастотной вентиляцией легких с 2-4 периодами апное продолжительностью до 1-2 мин и снижением сатурации до 50%. У данных детей отмечалось улучшение дыхания непосредственно на операционном столе, сатурация поднималась до 98-100%, впоследствии они выписывались из стационара.

### **Выводы.**

Баллонная пластика является инновационной и перспективной технологией в лечении стенозов гортани у детей. Она должна применяться на первых этапах лечения у детей с подобной патологией и предшествовать выполнению сложных многоэтапных хирургических вмешательств

